

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 298

Contribution à l'étude
des
Troubles observés après la Cholécystectomie
pour lithiase

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 8¹³ Novembre 1930

PAR

Michel EPSTEIN

Diplômé d'Hygiène et Microbiologie

Né le 29 -Novembre 1906 à SLONIM (Pologne)

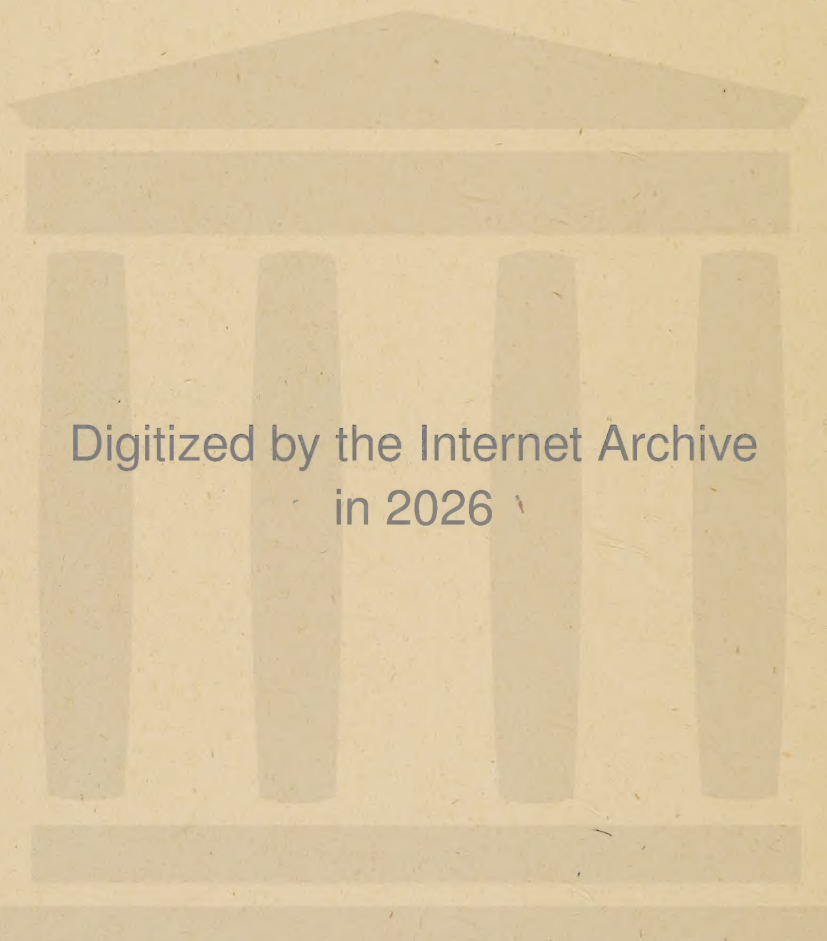


LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES OBSERVÉS
APRÈS LA CHOLÉCYSTECTOMIE POUR LITHIASE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 298

Contribution à l'étude
des
Troubles observés après la Cholécystectomie
pour lithiase

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 8¹⁵ Novembre 1930

PAR

Michel EPSTEIN

Diplômé d'Hygiène et Microbiologie

Né le 29 Novembre 1906 à SLONIM (Pologne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBRON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SAVY, président ; CHALIER Jh., assesseur ;
DUMAS et BERNHEIM, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

ET TOUTE MA FAMILLE

Faible témoignage d'affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GARET

Témoignage de sympathie respectueuse.

A MES CHERS AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

*Professeur de thérapeutique à la Faculté de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour son accueil bienveillant, pour ses excellentes leçons cliniques, dont nous avons tiré tant de profit, pour l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, dont, par ses précieux conseils, il a inspiré à la fois le sujet et les conclusions.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COTTE

Chirurgien des Hôpitaux

Qui, par l'excellence de ses conseils,
a bien voulu nous faire bénéficier de sa
grande expérience.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Pour les renseignements que nous
avons demandés à sa haute compé-
tence et qu'il a bien voulu nous adres-
ser.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chef de Clinique médicale à la Faculté de Lyon

Pour l'aide toujours bienveillante
qu'il nous a apportée au cours de l'exé-
cution de ce travail.

A MON JURY

Hommage de notre bien vive recon-
naissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE LYON

EN PARTICULIER A MM. LES PROFESSEURS : LEPINE
(Doyen), COURMONT, VORON, ROLLET, NICOLAS,
COLLET, PIC, FAVRE, PAVIOT ET FROMENT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET
Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE STRASBOURG

EN PARTICULIER A MON REGRETTÉ PROFESSEUR BLUM,
ET MM. LES PROFESSEURS : LERICHE, STOLZ,
ET MERKLEN

Hommage de mon affectueuse gra-
titude.

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE des TROUBLES OBSERVÉS après la CHOLÉCYSTECTOMIE pour LITHIASÉ

CHAPITRE PREMIER

Introduction

La chirurgie des voies biliaires, la cholécystectomie en particulier (Langebuch, 1882), a pris ces dernières années un grand développement avec le progrès de la chirurgie générale, technique, aseptie, instruments. Le temps n'est plus où les chirurgiens hésitaient à sacrifier la vésicule biliaire, sous prétexte que cet organe avait une fonction physiologique bien déterminée et où Heidenheim s'opposait à tout prix à l'ablation de cet organe.

Brownlee (1) a prétendu que la vésicule est un régulateur important pour les fonctions du foie et il pense aussi que l'infection de cet organe est facilitée par l'ablation de la vésicule. Mais les recherches déjà anciennes de Nasse (1894), d'Oddi (1894), d'Haberer et

(1) *N. J. Record*, 1904.

Clairmont (*Langenboke Archiv*, 1904), de Voogt, ont montré que l'ablation de la vésicule n'amène aucun trouble appréciable, en particulier aucun accident dans l'excrétion de la bile: c'est alors le cholédogue dilaté qui sert de réservoir à ce liquide dans l'intervalle des périodes digestives. D'autre part, les vésicules qu'on enlève sont la plupart tellement malades qu'elles ne remplissent plus leurs fonctions.

On a tiré des preuves de la non nécessité de la vésicule biliaire de l'étude de l'anatomie comparée. La vésicule biliaire n'existe pas, en effet, chez le cheval, l'éléphant et chez certains oiseaux : perroquet, pigeon.

Enfin on voit que nombre de cholécystectomisés se portent à merveille et qu'ils ne semblent pas souffrir le moins du monde de l'absence de leur vésicule.

Les théories pathogéniques ont été très discutées de tout temps. Chirurgiens et médecins ne sont pas d'accord sur la question de la thérapeutique de la lithiase biliaire et sur son traitement chirurgical en particulier. On raconte l'histoire d'un célèbre chirurgien américain qui, deux ans auparavant, ayant opéré son père de calculs biliaires, fut pris lui-même d'une lithiase et s'en alla faire une cure à Carlsbad au lieu de subir une opération.

La théorie infectieuse : Emise d'abord par Meckel, soutenue ensuite par Naunyn. Les travaux de Gilbert, Fournier et de leurs élèves ont ouvert la voie opératoire et encouragé le chirurgien. D'après eux, l'ablation de la vésicule calculeuse (cholécystectomie) supprime chez les opérés tous les accidents liés à la lithiase.

La théorie diathésique a été défendue d'abord par Bouchard et son école et ensuite par A. Chauffard et ses élèves. Ces auteurs ont donné une définition de cette diathèse en attribuant un rôle capital à l'hypercholestérimie. Si l'on admet cette théorie la chirurgie sera impuissante à guérir la lithiase, car elle ne peut logiquement supprimer l'état diathésique qui a présidé à la formation des calculs. D'après l'aphorisme de Chauffard : « La chirurgie peut guérir le malade, mais elle ne guérit pas la maladie ».

CHOLÉCYSTOSTOMIE OU CHOLÉCYSTECTOMIE

Les partisans de la cholécystostomie montrent la supériorité de la cholécystostomie en disant que la vésicule restant continue à concréter la bile du foie et à y ajouter le mucus ; de plus, la bile, par sa grande richesse en sels biliaires est plus active dans la digestion que la bile hépatique.

Arguments pour :

a) Si les autres voies: cholédogue, canaux biliaires sont atteintes par la suite, faire la cholécystostomie, car la vésicule est un repère et un fil pour réintervention.

b) Si le malade a un mauvais état général, s'il est âgé et faible, si l'ictère dure depuis longtemps, si le foie est gros, le pancréas touché et s'il y a des modifications dans la coagulabilité du sang, faire la cholécystostomie.

c) Dans le cas de l'angiocholite, où le drainage est nécessaire, faire la cholécystostomie.

d) Si la vésicule est saine malgré la lithiase, faire la cholécystostomie.

e) Quand une vésicule ne peut être enlevée parce qu'elle est trop profonde ou trop adhérente.

Cholécystectomie : elle est indiquée dans les cas suivants :

1° Hydrocholécystite avec bile blanche ;

2° Infection limitée ;

3° Calculs dans la paroi de la vésicule ;

4° Pour les vésicules infectées, phlegmoneuses, gangréneuses ; pour les vésicules fissurées ou perforées. Lorsque le malade a un bon état général.

Arguments pour :

a) L'irritation peut transformer la vésicule en cancer.

b) Les petits calculs peuvent s'échapper à la cholécystostomie.

c) Par l'ablation, on évite les complications graves : perforation, suppuration, etc...

d) Enfin l'expérimentation a montré que l'ablation de la vésicule chez l'animal ne trouble en aucune sorte les fonctions hépatiques et digestives (2).

Jusqu'en 1910 environ, la cholécystostomie était le procédé le plus courant ; actuellement les partisans de la cholécystectomie sont beaucoup plus nombreux.

La cholécystectomie serait donc l'opération de choix dans la mesure où on pourra la pratiquer. Nous laissons de côté les cas d'infections, de gravité de l'état

(2) KÖRTE, *Beitrag zur Chirurgie der Gallenwegen und der Leber*, 1905 ; KEHR, *XI^e Congrès international de Chirurgie de Bruxelles*, 1908 ; et les maîtres français : GOSSET, HARTMANN, LEJARS, RICORD.

général du sujet, conditions qui ne permettent pas cette intervention radicale, de même la trop grande difficulté opératoire rendant la cholécystectomie impossible. D'après Langenbuch « la cholécystectomie supprime à la fois la pierre et la carrière ». C'est aussi l'opinion de tous actuellement.

Mais, malheureusement, il n'y a pas toujours guérison complète. Il apparaît chez certains opérés des troubles digestifs douloureux, etc... parfois même de vraies crises avec coliques hépatiques et plus rarement avec émission de calculs comme avant l'intervention. Ce sont ces troubles observés après la cholécystectomie que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse.

CHAPITRE II

Statistique des résultats post-opératoires

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici les statistiques données par tous les auteurs, ce qui ne serait guère possible dans le cadre de cette thèse, nous nous en excusons.

Les chiffres de quelques auteurs en vue suffiront à fixer nos idées et à montrer à peu près la fréquence d'apparition des troubles après la cholécystectomie.

a) D'après la thèse de Duclos (I.), dans la clinique du Professeur Villard, cholécystectomie portant sur 139 cas.

Résultats avec petits troubles.....	48 %
Troubles graves.....	6,5 %

b) D'après la thèse de Daniel Petit-Dutaillis, sur 100 cas revus :

Guérison absolument parfaite.....	52 %
Résultats satisfaisants (sans compter les petits troubles).....	91,2 %

Lithiase secondaire du cholédoque.....	1,2 %
Crises douloureuses avec ictère	1,2 %
Troubles digestifs liés à des adhérences..	3,7 %

c) D'après Ansperger (*Münch. Med. Woch.*, 1912),
sur 147 malades :

Guérison	64,6 %
Petits troubles	19,7 %
Non guéris (récidives des douleurs)....	13,6 %

d) D'après Steden (*Deutsche Zeitschrift für Chi-
rurgie*, n° 186, p. 59 :

Guérison	56 %
Petites récidives	29 %
Récidives des douleurs.....	15 %

Les récidives, les troubles et guérison complète sont
variables suivant les auteurs.

NOMBRE DE GUÉRISONS COMPLÈTES : Ansperger, 64 %
de guérisons ; Capelle, 70 % ; Graff et Weinert,
70,16 % ; Hartmann et Petit-Dutaillis, 91,2 % ; Good-
win, 88 % (chez 9 % d'amélioration) ; Jenckel, 94,6 % ;
Liek, 68 % ; Kleinschmidt, 76 % (17,3 % améliora-
tion) ; Paus, 74 % ; Simon et Schlegel, 88,6 % ;
Schulz, 100 % ; Rohde, 80,37 % ; Short, 82 %.

Les différences des statistiques sont dues à la varia-
tion des techniques opératoires et à la variation, sui-
vant les auteurs, de l'intervalle entre l'opération et
l'examen post-opératoire, qui peut être plus ou moins
tardif (E. Liek) et l'état du malade et des lésions avant
l'opération.

OBSERVATION

J... B..., 34 ans, cuisinière, entre dans le service de M. le Professeur Savy, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 5 août 1930.

Malade vue à la consultation d'où on l'envoie salle Chavanne pour étudier l'opportunité d'une opération. Depuis six semaines elle vomit après les principaux repas les aliments mêlés à la bile.

Ant. H. Mère morte d'affection hépatique.

Ant. P. Régée à 11 ans. En 1918, grippe avec pneumonie double. En 1923, début des troubles dyspeptiques, avec signes lithiasiques (vomissement biliaire, coliques hépatiques fréquentes).

En août 1927, cholécystectomie pratiquée par le docteur Alamartin : cholécystite calculeuse, calculs de toute taille et boue biliaire.

Un mois après, apparition de vomissements alimentaires, sans coliques hépatiques vraies, mais accompagnés de gêne gastrique avec gonflement. On réintervient le 3 novembre 1927 : laparotomie. « L'estomac présente quelques adhérences avec les organes voisins et le mésocôlon transverse en arrière. D'autre part, plaque de péritonite chronique sous-ombilicale. Le duodénum, à 3 ou 4 centimètres du pylore, est fixé à la face inférieure du foie, à un endroit qui doit être le momignon du cystique. Il est perdu dans un noyau fibreux, très induré d'inflammation chronique, dont le point de départ reste douteux (ulcère ou probablement inflammation de moignon du cystique). Cette adhérence doit causer les vomissements. On pratique avec G. E. et à la suture de trois plans, car le méso-transverse est court ». (Docteur Alamartine.)

Après la deuxième opération, pendant deux mois, grosse amélioration. La malade ne vomit presque plus, mais continue à souffrir. Les douleurs se propagent vers les cuisses, sensation de coupure (*sic*). Elles sont moins fortes que les vraies coliques hépatiques.

Au uroisième mois, après la deuxième intervention, les vomissements réapparaissent, alimentaires et biliaires. Plus tard, ils se produisent régulièrement trois heures après chaque repas. Amaigrissement, constipation alternant avec des périodes de diarrhée, comme avant l'opération. Etat stationnaire,

Radioscopie par le Docteur Paliard. Montre que l'estomac s'évacue dans les délais normaux; la bouche de gastro fonctionne, mais l'évacuation se fait par le pylore. Le duodénum paraît élargi et toutes les régions pyloro-duodénales et de la bouche de gastro sont sensibles à la pression. On reste assez embarrassé pour les douleurs présentées par la malade. Il peut s'agir de périgastrite, mais elles sont si intenses que la malade demande une nouvelle intervention.

A noter : la malade qui suivit un régime un an avant l'opération, était bien soulagée. Mais depuis son opération, elle ne suit plus ce régime (puisque, dit-elle, on lui a enlevé son « mal »). Elle mangeait beaucoup de salades, œufs, de la crème, du beurre.

Parmi les troubles observés après la cholécystectomie nous distinguerons, en nous plaçant au point de vue pathogénique :

1° Ceux qui sont dus à l'oubli involontaire d'un ou de plusieurs calculs.

2° Ceux qui sont généralement considérés comme une « conséquence » de l'opération (troubles légers et graves).

3° Ceux qui sont dus à une récurrence véritable de la maladie (formation de nouveaux calculs).

4° Ceux qui sont dus à des affections complètement indépendantes de la lithiase et attribués à elle par erreur de diagnostic.

On pourra peut-être reprocher à notre plan d'être un peu schématique ; il nous amène parfois à des redites. Mais la clarté de l'exposé rend nécessaire des divisions bien marquées dans un sujet aussi vaste que le nôtre.

CHAPITRE III

Oubli de calculs

Certains des troubles post-opératoires sont dus à l'oubli involontaire de calculs. Ces calculs oubliés se trouvent en général dans le moignon du cystique ou dans l'ampoule de Vater. Ils peuvent donner de véritables crises de coliques hépatiques et les autres symptômes de la lithiasse comme avant l'intervention. Si le chirurgien n'ouvre pas le cholédoque, certains calculs sont assez difficiles à apprécier. Maintes fois on trouve des calculs qui, non perçus au palper en raison de la dilatation du cholédoque, sont découverts lorsque ce dernier est ouvert.

Si le cholédoque est ouvert, le petit volume, la fragilité, le grand nombre des calculs, la désagrégation facile de certains calculs boueux font que le chirurgien laisse facilement des fragments qui peuvent expliquer la récurrence. La nécessité d'opérer rapidement a provoqué l'oubli d'un calcul retrouvé à la réintervention dans le pancréas.

Enfin, la situation anormale des calculs est aussi une cause fréquente d'oubli (situation basse intra-pancréatique ou situation élevée dans les branches intrahépatiques dilatées et inaccessibles) (J. Duclos).

CHAPITRE IV

Troubles post-opératoires

Sous ce titre nous étudierons des troubles digestifs et douloureux qui se manifestent sous deux formes cliniques :

1° Troubles légers et passagers que certains auteurs désignent sous le nom de « petits troubles ».

2° Troubles plus graves chroniques, appelés par les auteurs « troubles graves ».

1° Troubles légers passagers (petites troubles)

D'après la statistique de Hotz-Basel, portant sur 12.147 malades, 25 % avaient des petits troubles (« Beschwerden » des Allemands). Il s'agit de troubles digestifs et de troubles douloureux. Ces deux ordres de symptômes peuvent se manifester isolément ou simul-

tanément. Ce sont des troubles passagers qui s'atténuent et disparaissent au bout d'un certain temps.

TROUBLES DIGESTIFS.

Le malade qui vient d'être opéré, se confiant au chirurgien, reprend sa vie normale progressivement. Une à trois semaines après l'opération, il constate que ses digestions redeviennent pénibles, il a du ballonnement, parfois même malgré son régime sévère. Il a des troubles intestinaux. Le plus souvent ce sont des troubles diarrhéiques avec selles de couleur jaune ou brun-noirâtre. Ces selles sont post-prandiales, impérieuses, mousseuses, laissant après la défécation une sensation de cuisson anale. Mais au bout de trois à quatre mois, progressivement, tout rentre dans l'ordre (Petit-Dutaillis et Judd) ⁽¹⁾. Plus rarement il s'agit de constipation chronique avec entérite.

Il faut signaler d'autres troubles: céphalées, vomissements qui accompagnent les crises douloureuses. Ces malades maigrissent beaucoup à cause de leur régime.

TROUBLES DOULOUREUX.

Ils peuvent être attribués à l'insuffisance des tissus de soutien des organes. Quelquefois il s'agit de petites pesanteurs locales intermittentes, sensations désagréables, s'exagérant dans la station debout, par la marche, le changement de temps ou à l'occasion de contrariétés, l'approche des règles et souvent à la suite d'un

(1) Judd, The recurrence of symptome following operation on the biliary tract. *Annals of surgery*, 1918, p. 473.

écart de régime. Parfois il y a sensation de picotement et de tiraillement au niveau de la cicatrice, à type continu ou intermittent. Ces troubles sont dus à l'insuffisance hépatique.

Mais en général ces petits troubles disparaissent progressivement grâce au régime et aux soins médicaux.

2^o Troubles plus graves chroniques (troubles graves des auteurs)

Nous y envisagerons comme dans le précédent chapitre les troubles digestifs et leurs diverses origines, puis les phénomènes douloureux et enfin l'ictère post-cholécystectomique.

A. — *Troubles digestifs et leur diverses origines*

a) TROUBLES DIGESTIFS EN RAPPORT AVEC LES ADHÉRENCES. — Adhérences sous-hépatiques du côlon ou du duodénum indépendamment de toute éviscération. Ces adhérences peuvent être plus ou moins serrées. Les adhérences sont le plus souvent provoquées par l'opération. La date d'apparition de ces troubles est très variable. Ils peuvent se manifester de un à douze mois après l'intervention.

Symptômes. — L'état général est plus ou moins atteint. Les médecins ont appelé cet état : Intoxication

duodénale (Duval), toxémie (Taylor), ou parfois ils ont l'impression d'un empoisonnement. En plus, on constate souvent un amaigrissement considérable (dix à vingt kilos). Le teint devient terreux ou jaunâtre, irritabilité excessive, insomnie, palpitations, bouffées de chaleur, migraine avec vomissements. D'après Taylor il y aurait 4 % de troubles mentaux. Douleur tantôt sous forme de crises intermittentes, tantôt sous la forme d'une souffrance continue ou parfois d'un type mixte. On a des signes gastro-duodénaux ou des signes coliques, parfois aussi les deux à la fois.

Dans le premier cas les malades se plaignent de lenteur des digestions, accompagnées parfois de douleur tardive, généralement 3 à 4 heures après les repas. Le décubitus dorsal calme la douleur.

Dans le second cas on trouve surtout du ballonnement intermittent du côté droit avec crises de coliques. Une selle diarrhéique ou une émission de gaz marque souvent la fin de la crise. A la palpation il est parfois possible de trouver un noyau induré à la partie moyenne de la cicatrice, douloureux à la pression.

D'après D. Petit-Dutaillis, on constate à l'intervention chez certains opérés qui souffrent peu une péricholécystite extrêmement étendue et serrée, et pourtant des malades qui ne présentent pas de péricholécystite ou simplement une péricholécystite insignifiante, se plaignent cependant de troubles par la suite.

On rencontre des cas où les douleurs vives existent avec des adhérences minimales et réciproquement (Ohly). On peut expliquer ce fait paradoxal par une

hypersensibilité végétative constitutionnelle. Si bien que même leur présence ne suffit pas pour expliquer toujours les troubles ressentis (Erhard).

D'après la statistique de Kehr il ya 5 % de ses opérés pour lesquels des adhérences peuvent être nettement incriminées. Mais, d'après Hartmann et les recherches déjà anciennes de Naegeli, les adhérences ne jouent qu'un petit rôle dans les troubles digestifs. Dans les cas rares il faut noter une fixité anormale de l'angle supérieur du duodénum, une déformation de cet angle, un retard appréciable de l'évacuation du contenu gastrique. Une autre fois, on a constaté une fixité anormale de l'angle droit du côlon transverse, collé à la face inférieure du foie avec rétrécissement du transverse et retard du passage de la baryte dans la partie gauche du gros intestin.

Duval, Roux, Bécère n'ont également pas remarqué de relation absolue entre la présence des dites adhérences et les douleurs.

Relation des adhérences avec les troubles digestifs.
— Nos Maîtres Tripiet et Paviot ⁽²⁾ ont montré depuis longtemps l'existence de la péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire.

Etiologie. — La péritonite péricholécystique doit être considérée comme la propagation péritonéale d'une inflammation vésiculaire. La péricholécystite a pour cause l'inflammation d'un organe voisin de la vésicule et en particulier l'ulcère du pylore et du duo-

(2) TRIPIET et PAVIOT, *La périt. sous-hép. d'orig. vés.*, Collect. Leconté, 1904, Masson.

(3) SMITHIES, *Jour. Amer. Med. Ass.*, 1918, vol. LXXI, N° 22, p. 1804.

dénium ; leurs rapports anatomiques expliquent comment la péritonite réactionnelle, partie de l'un, peut retentir sur l'autre.

D'après Smithies ⁽³⁾, dans un tiers de cas les affections vésiculaires se compliquent d'adhérences envahissant les voies biliaires ; une fois sur quatre les adhérences atteignent le duodénum, déterminant des anomalies des contours, de position ou de fonction ; une fois sur dix, il y a atteinte de l'estomac ou du pylore. Les adhérences de l'épiploon, côlon, foie, sont assez fréquentes. Ces adhérences sont souvent infectées et constituent ainsi des relais de séreuses enflammées, à travers lesquels les agents microbiens émigrent du foyer vésiculaire initial vers les viscères intéressés.

Dans les cas d'adhérences étendues et serrées, le duodénum peut se trouver considérablement dilaté en amont avec engorgement vésiculaire intense.

Dans 42 % de cas, d'après Smithies, la péricholécystite ne se traduit par aucun symptôme particulier. Parfois on la trouve par hasard au cours de l'intervention abdominale. A remarquer que la diathermie exagère parfois les douleurs au moins momentanément (cas cité par Loeper et observé chez notre malade).

b) TROUBLES DIGESTIFS ET DOULEURS DUS A L'IRRITATION DES TERMINAISONS DU PLEXUS SOLAIRE.

D'après Loeper, la lithiase biliaire ne donne pas exclusivement naissance à des crises violentes, brutales, d'allure aiguë, mais elle donne aussi des symptômes discrets. Les symptômes gastriques avec dou-

leur sont rythmés par la digestion, en général provoqués par elle et de durée variable (une demi-heure à deux heures). Les cas tardifs sont les plus fréquents. MM. Cotte et Bresse ont étudié certaines de ces douleurs et les ont appelées « dyspepsie prémonitoire ».

Les douleurs de la lithiasé ont quatre origines :

1° Le gonflement douloureux et réflexe de la vésicule au moment de la traversée pyloro-duodénale.

2° La mobilisation incomplète et réflexe d'un calcul biliaire. Plus intéressantes pour nous sont les deux dernières causes :

3° Le spasme simple du pylore.

4° Les adhérences sous-hépatiques et péripyloriques qui se développent au voisinage de la vésicule enflammée.

Ces deux dernières causes expliquent la persistance des crises douloureuses après l'ablation de la vésicule.

« L'estomac tout entier peut souffrir du voisinage de la vésicule malade, comme la vésicule malade peut souffrir de la réplétion de l'estomac et du brassage alimentaire. Et c'est dans ces cas-là qu'il existe des adhérences gastro-cystiques et des tiraillements véritables ou de simples contractions réflexes, d'autant plus que les nerfs de l'abdomen supérieur et surtout le 10°, dont l'action sur la motricité stomacale est si considérable, peuvent se laisser emprisonner dans des adhérences » (Loeper). Le plexus solaire peut être également irrité par un exudat infecté.

c) TROUBLES RÉFLEXES PORTANT SUR LES VOIES DIGESTIVES ET LE SPHINCTER D'ODDI.

L'affection vésiculaire et ses modifications sur la

motilité gastro-intestinale. — Schlesinger, Holzknecht Zager, Ludin, Ramont et Parturier et Westphal. Ces auteurs ont exploré avec les rayons X l'état de la motilité œsophagienne, gastrique et intestinale au cours de coliques hépatiques : l'hyperpéristaltisme de l'estomac et de l'intestin et le spasme du pylore et du côlon constituent les accidents les plus souvent rencontrés. Il faut aussi attribuer ces troubles à l'élaboration incomplète des aliments, dus, suivant certains auteurs — mais d'autres l'ont nié dernièrement —, à l'achylie gastrique à la suite de la cholécystectomie.

Théorie du spasme. — D'après Westphal (4) c'est la modification de la musculeuse du cholédoque et du sphincter d'Oddi qui jouerait un rôle important dans les coliques. Ce muscle présente une résistance de 675 mm. d'eau. L'auteur ajoute que dans les cas de spasme du sphincter d'Oddi et du « Ductus choledochus », le siège de la douleur est au niveau de la 2^e vertèbre lombaire. Elle peut être spontanée ou ressentie à la pression. La zone douloureuse a la surface d'une pièce de 3 à 5 (mark).

Fermez dit : la pression d'un corset irrite le vague et cause ainsi « l'hypertonus » du sphincter d'Oddi. Et l'auteur conseille, dans ces cas, de faire la cholédochoduodénostomie (Sasse, Goepel, Flörken) et il donne une statistique portant sur 30 cas personnels et 46 malades de Franz Sasse ; 14 ont été réopérés et ont subi la cholédochoduodénostomie et l'auteur ajoute : Cette dernière opération, pour un chirurgien expé-

(4) WESTPHAL, Muskelfunktion Nervens, und Pathogenie der Gallenwege. *Zeitsch. f. Klin. Med.* 27 janv. 1923, t. LXXXVI.

rimenté, n'est pas difficile et la mortalité est de 1,3 %. Cette opération donne rarement des récives. Fermez compare la choléchooduodénostomie à la gastro-entérostomie dans le spasme du pylore.

Zander-Darmstadt ⁽⁵⁾, après 20 réinterventions pour douleurs post-cholécystectomiques, a conclu que ces douleurs sont dues au spasme du sphincter « Papilla duodeni ». Dans ces dernières années ce chirurgien a fait, pour récives des douleurs, la dilatation de la papille par drainage transduodéal ou papillotomie transduodéale ou la choléchooduodénostomie. D'après Treplin (Hambourg), dans les cas de spasme du sphincter d'Oddi le simple massage abdominal (sans intervention) a vaincu le spasme et a supprimé la douleur.

d) TROUBLES DUS A LA PANCRÉATITE.

Relation entre la cholécystite et la pancréatite. — Il semble que ce soit par la chaîne ganglionnaire péri-cholédocienne que l'inflammation se propage d'un organe à l'autre. Cette lymphangite péricholédocienne disparaît le plus souvent après la cholécystectomie, mais il n'est pas impossible qu'elle persiste ainsi qu'un peu de cholédocite chez certains de ces opérés.

La lithiasé provoque souvent une inflammation chronique de la tête du pancréas et plus rarement elle détermine sur cet organe des lésions hémorragiques, gangréneuses ou suppurées, signalées par Chiasi et

(5) ZANDER, Darmstadt, *Mittelhein. chir. verein. sitzung von*, 6 Januar 1923, und Personliche Mittel.

Klebs en 1876 et décrites par Fitz en 1889. Le plus souvent la pancréatite est provoquée par l'irritation itérative due aux migrations calculeuses. La pancréatite peut se traduire par des signes qui en imposent tout à fait pour des accidents lithiasiques.

Certains opérés en effet se plaignent de souffrir du côté gauche, à la base du thorax et de la région lombaire gauche. Souvent on trouve une douleur assez profonde au niveau de la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard. C'est une pancréatite légère. D'après Pinner, en réopérant un malade après cholédochotomie et cholécystectomie, on a trouvé le pancréas augmenté et induré. D'après Barber ⁽⁶⁾, certaines cholécystites peuvent donner des lésions du pancréas avec hyperglycémie ; l'infection se propage par voie lymphatique.

Pancréatites aiguës : Elles sont assez rares après cholécystectomie. Il s'agit plutôt de pancréatites chroniques.

Symptômes : Douleur hépatique, ictère évoluant par poussées successives, diminution de l'appétit, diarrhée, stéarrhée, gastralgie, etc., puis amaigrissement rapide et asthénie. Point douloureux à 5 ou 6 cm. au-dessus de l'ombilic, avec irradiations à l'épaule gauche ou dans la région interscapulaire. Parfois on peut sentir une tumeur plus ou moins dure à l'épigastre. *

(6) BARBER, *Journal of the American medic. association*, 13 novembre 1926.

e) TROUBLES DUS A L'ANGIOCHOLITE.

D'après Poppert il faut encore attacher une grande importance à l'angiocholite. Il a pu trouver des microbes dans les canaux biliaires, il traite d'ailleurs ses malades par le salicylate de Na et la « Trinkkur ».

Gunderman vaccine ses opérés contre cette infection. Dans certains cas, que l'auteur lui-même a vérifiés, ainsi que Schrader, on a trouvé le foie congestionné et la biopsie a montré un parenchyme hépatique atrophie et cirrhotique.

A signaler certains troubles hépatiques provoqués par la narcose au chloroforme ou à l'éther, décrits depuis longtemps par Fiessinger, Walter, Besnard et Boshamer.

B. — *Douleur*

On distingue parmi elles des douleurs :

1° Précoces qui apparaissent quelque temps après l'intervention et sont vraisemblablement dues à la formation d'adhérences. Elles sont généralement persistantes et continues.

2° Des douleurs qui apparaissent plus tardivement après l'opération. Elles sont à forme paroxystique et liées à la formation nouvelle de sable ou calculs biliaires dans les gros canaux. Nous étudierons donc ces dernières dans les récidives vraies.

Les douleurs constituent le second accident important des suites de la cholécystectomie. En interrogeant les malades avec précision on s'aperçoit que ces dou-

leurs ne ressemblent pas aux douleurs d'avant l'opération. Elles sont en général moins fortes. Notre malade, par exemple, disait qu'elle avait la sensation d'une coupure (*sic*). Quelquefois, il s'agit d'une véritable colique hépatique qui effraye le malade, car il y voit le retour des accidents d'avant l'opération. En réalité, sauf dans les récidives calculeuses vraies, la plupart des douleurs secondaires sont courtes, bénignes et très espacées ou sourdes et continues. Cette dernière forme est liée à la distension des voies biliaires, distension consécutive au tonus excessif du sphincter d'Oddi ou à la formation d'adhérences. La réalité de ces lésions a été contrôlée tant par les examens radiographiques que par les interventions ultérieures. Chez notre malade la douleur était due à de la périgastrite vérifiée à la radiographie.

Nous insisterons sur ce fait que — sauf dans les cas de récidives vraies étudiées plus loin — les douleurs post-cholécystectomiques n'ont jamais le caractère de la colique hépatique véritable et c'est à tort qu'on les désigne parfois sous ce terme.

C. — *Ictère après cholécystectomie*

Il est franc ou léger, accompagné souvent de colique hépatique. Le plus souvent l'ictère évolue par poussées intermittentes courtes ou longues, accompagnées de fièvre et de troubles généraux. On l'observe dans les poussées de cholédocite et dans d'autres cas encore :

1° Il peut correspondre à une infection angiocholitique secondaire au drainage chirurgical.

2° Rétrécissement cicatriciel de la voie principale par une blessure opératoire du conduit (un cas d'après D. Petit-Dutaillis).

Donc la pathogénie est infectieuse ou mécanique. L'ictère donne toujours lieu à de grosses discussions en vue de la réintervention.

Il faut encore citer les adhérences secondaires, les compressions de la voie biliaire principale et plus rarement un cancer céphalique du pancréas (un cas cité par Chiraz), qui jouent un rôle dans l'apparition de l'ictère.

En résumé : Ces troubles graves chroniques, que nous venons d'étudier (troubles digestifs et douloureux) ne sont pas réellement des séquelles de la cholécystectomie.

En effet, les lésions qui les déterminent : adhérences (excepté celles qui se sont formées après l'intervention), pancréatite, irritation des terminaisons nerveuses, spasme du sphincter d'Oddi ne sont pas la conséquence de la cholécystectomie, mais au contraire une manifestation de la lithiasé au même titre que la colique hépatique. Ce sont des lésions constituées avant l'opération, à laquelle elles ne peuvent être imputables.

CHAPITRE V

Récidives vraies

Elles sont dues à la persistance ou à la néoformation de calculs dans le cholédoque ou dans les canaux hépatiques.

a) APPARITION SECONDAIRE D'UN CALCUL DU CHOLÉDOQUE.

Pour certains troubles post-opératoires on peut incriminer le cholédoque: il est possible qu'il existe chez certains opérés de cholécystectomie pour cholécyst. calculeuse des lésions plus ou moins discrètes de péricholédocyte indiquant que cette voie principale n'échappe pas absolument au processus inflammatoire, bien que le foyer infecté soit vésiculaire.

Autrefois on a pris pour des « récidives vraies » l'oubli involontaire de calculs par le chirurgien. Nous avons étudié ces cas-là plus haut. Enfin il arrive qu'il peut y avoir néoformation véritable de calculs avec

symptômes de vraies coliques hépatiques comme avant l'opération, mais ces récides vraies sont rares.

Autrefois, on a encore incriminé les corps étrangers laissés pendant l'opération et les récides des calculs sur ces corps étrangers. Aujourd'hui hypothèse inadmissible depuis qu'on emploie du fil résorbable et la ligature du cystique au ras du cholédoque.

D'après Dreesman on voit encore après la cholécystectomie et drainage du cholédoque des néoformations de calculs dans le cholédoque. On peut expliquer cela : des caillots sanguins, des fragments épithéliaux et le mucus sécrété par la muqueuse de canaux hépatiques forment ensemble un bouchon qui arrête brusquement la bile vers le duodénum et peut servir d'origine à un calcul. Il est difficile en cas de récide de douleur de dire s'il s'agit d'un calcul oublié ou néoformé ; toutefois si la colique hépatique vient tout de suite après l'opération, on peut dire qu'il s'agit d'un calcul oublié.

Origine probable de calculs trouvés dans le cholédoque. — Un certain nombre de calculs semblent bien autochtones, c'est-à-dire nés primitivement dans le cholédoque. Il en est différents types : boue biliaire (commencement de formation des calculs), calculs mûrifomes, ronds ou ovales, enfin polyédriques à facettes. Mais la plupart des calculs du cholédoque sont d'origine vésiculaire. Venus de la vésicule, ils séjournent dans le cholédoque. Ce sont des calculs émigrants (J. Duclos).

b) LA LITHIASSE INTRAHÉPATIQUE.

Signalée au XVIII^e siècle par Glisson, Morgagni, ensuite par Frechio Thudicun, Courvoisier en 1891, enfin par Beer.

Mais il est tout à fait logique de supposer qu'il existe des faits de lithiasse intrahépatique indépendants de toute concrétion dans les canaux de la bile. Sur un malade de Jaboulay, ni les recherches opératoires ni les constatations microscopiques n'ont permis de découvrir de calculs dans les voies biliaires extra-hépatiques, et cependant dans les canaux intraglandulaires il existait de nombreuses concrétions (Cotte).

Certains (Charcot et Langenbuch) ont admis que la plupart des calculs intrahépatiques viennent de la vésicule par le cystique et l'hépatique, sauf les petites concrétions qui sont formées de bili-rubinate de chaux et se forment sur place dans les canaux biliaires. D'autres auteurs disent, au contraire, que les calculs sont formés dans les canaux biliaires intrahépatiques et que la stase et l'angiocholite jouent un grand rôle dans ce processus. Donc on peut supposer, d'après cette dernière hypothèse, qu'après l'ablation de la vésicule il peut y avoir néoformation de calculs dans les canaux intrahépatiques.

CHAPITRE VI

Faussees récidives

D'après M. Cotte, qui a bien insisté là-dessus dans sa thèse, les opérés peuvent, comme tout le monde, souffrir de l'intestin, du rein droit, de l'estomac, etc... C'est à tort qu'on rattache leur douleur à un trouble post-opératoire. C'est une simple coïncidence.

Quand un malade a été opéré pour lithiase vésiculaire, toutes les douleurs et tous les troubles abdominaux qu'il présente sont alors rattachés, même par le médecin, à sa lithiase.

« Ou bien il s'agit des femmes nerveuses chez lesquelles, non seulement l'intervention ne donne aucun résultat, mais où elle est encore souvent le point de départ de violents accidents. Plus d'un chirurgien s'y est trompé ; on enlève la vésicule, l'appendice, le rein, et il s'agit de névropathes qui souffrent de tous leurs organes ».

On a signalé des troubles du petit bassin (annexite, fibrome), des appendicites, rein mobile, ulcus, cancer

de l'intestin, hydronéphrose, pyélite, tabes (un cas du Professeur Savy).

La cholécystectomie soulage le malade de ses souffrances vésiculaires, mais ne le protège pas d'autres maladies (Dreesman).

CHAPITRE VII

Pathogénie des troubles post-opératoires

Nous y envisagerons les modifications anatomiques et physiologiques des voies biliaires, l'expérience de Rost, puis la pathogénie des troubles légers, passagers, enfin la pathogénie des troubles graves chroniques.

La suppression de la vésicule par elle-même suffit-elle à déterminer des troubles post-opératoires graves persistants ? (car il ne s'agit pas là des petits troubles diarrhée, douleur, etc., immédiats qui disparaissent assez vite). Non, pour nous la cholécystectomie ne détermine aucun trouble sérieux dans l'organisme.

a) MODIFICATIONS ANATOMIQUES APRÈS L'OPÉRATION.

On a constaté après les réinterventions chez des malades anciennement opérés de la vrsicule biliaire (cholécystectomie), que les canaux biliaires et surtout le cholédoque était dilatés (Jon Homans et Rost(⁽¹⁾).

(1) Rost, Die funktionelle Bedeutung der gallenb. Experim. und anatomische untersuchungen nach cholécystectomie. *Mitt. aus d. grenzgebiete der Med. und Chir.*, Iena, 1913, XXVI, p. 710-770.

— Ueber das verhalten der Magen und Darmsec. *Nach Entfernung der Gallenblase*, 1924, t. XXXVIII, p. 1.

Modifications physiologiques : Nous rapportons ici l'expérience déjà ancienne faite par MM. Delore et Cotte chez un malade, après cholécystectomie. Ces chirurgiens ont fait un drainage du cholédoque alors que l'alimentation était reprise et ont constaté que l'écoulement de la bile par le drain était très abondant dans l'intervalle des digestions, très peu abondant pendant celles-ci.

Donc le sphincter d'Oddi, dans ces cas, continuait, malgré la cholécystectomie, à obéir normalement aux réflexes chimiques duodénaux étudiés par Pawlow et assurait ainsi l'intermittence du flux intestinal de la bile.

En expérimentant la cholécystectomie chez le chien Rost a observé deux cas :

Premier cas : Il y a dilatation des canaux hépatiques et du cholédoque. L'écoulement biliaire était au commencement continu à travers la pupille de Vater et s'amendait d'ailleurs au fur à mesure que le sphincter d'Oddi devenait plus continent.

Deuxième cas : Pas de dilatation des canaux et écoulement biliaire persistant indéfiniment.

On a comparé cette physiologie à celle de l'homme par l'étude du jeu du sphincter d'Oddi à l'aide du drainage biliaire chez les cholécystectomisés.

Sur un premier groupe de malades : On a observé à la suite de l'épreuve de Meltzer-Lyon l'issue d'une bile sombre rappelant quelque peu la bile B des sujets normaux. Les malades de ce groupe correspondent à la première catégorie des chiens de Rost. Il est probable que chez eux le sphincter d'Oddi devient assez

continent pour retenir fortement la bile dans les canaux extrahépathiques en dehors des périodes digestives, et que ces canaux en se dilatant arrivent à remplir la fonction de concentration de la vésicule.

Deuxième groupe de cholécystectomisés : Le tubage duodénal ramène une bile claire toujours semblable à elle-même avant et après la stimulation duodénale au sulfate de Mg. Il correspond à la seconde catégorie des chiens de Rost ; on est en présence d'un sphincter à peu près incontinent et la bile doit s'écouler de façon continue dans le duodénum. Et ces expériences nous expliquent pourquoi les récidives douloureuses et les troubles digestifs ne surviennent pas après chaque cholécystectomie (Treplin).

b) PATHOGÉNIE DES TROUBLES LÉGERS PASSAGERS.

Il y a un rapport entre l'existence de ces troubles et la constatation d'un certain degré d'insuffisance hépatique, surtout si l'on rapporte cette dernière à l'hypercholestérinémie (83,3 % des opérés avec petits troubles ont de l'hypercholestérinémie, d'après Hartmann).

Mais l'hypercholestérinémie est un élément insuffisant pour expliquer la persistance de pareils troubles.

Chauffard parlait dans ses leçons des « lendemains douloureux » de la cholécystectomie. Dans les cas les moins graves, dit-il, il s'agit de simples troubles de la canalisation biliaire, passagers, sans gravité réelle ; les malades ont des fausses coliques hépatiques, sans fièvre, sans ictère, puis les crises douloureuses s'espacent, disparaissent et la guérison définitive est obtenue.

Chiray, avec Leban, ont observé chez les malades cholécystectomisés récemment la suppression de la gêne douloureuse sous-hépatique et certains états migraineux à la suite d'un drainage ayant extrait une certaine quantité de bile sombre.

Graff et Weinert citent certains troubles douloureux survenant sous forme de pesanteur dans le champ opératoire ou à l'épigastre, avec irradiation dans le dos ; ils reconnaissent que ces troubles sont souvent accompagnés de phénomènes digestifs. Certains auteurs accusent le tamponnement à la Kehr d'être en grande partie responsable de pareils troubles ultérieurs et ils en concluent qu'il ne faut faire l'« hepaticus drainage » qu'en cas d'absolue nécessité.

c) PATHOGÉNIE DES TROUBLES GRAVES.

Grosse distension biliaire : Chez les opérés correspondant au deuxième cas expérimental étudié par Rost, il n'y a aucune continence et il s'écoule toujours de la bile dans le duodénum, par suite il n'y a pas de tension douloureuse. Chez les autres, au contraire, la bile s'accumule dans le canal cholédoque et hépatique et cette tension donne des douleurs. Celles-ci disparaissent après l'ouverture du sphincter d'Oddi, quand la bile rentre dans le duodénum. Ce fait explique que ces douleurs apparaissent tard après l'opération, quand l'incontinence post-opératoire de la bile disparaît. Ajoutons que ces douleurs se voient surtout chez les sujets qui avaient la vésicule pleine de petits calculs sans que le canal cystique soit fermé. Au contraire, chez les sujets dont le canal cystique était obstrué par un gros calcul ces récidives ne se rencontrent pas.

Ces dernières causes ont en effet depuis longtemps modifié le cholédoque, elles l'ont progressivement dilaté et après la cholécystectomie il n'y a pas apparition de tension brutale de canal cholédoque et par conséquent pas de douleurs. Treplin dit : La vraie cause de ces pseudo-récidives est due à une crampe de fermeture du sphincter cholédocien qui laisse accumuler la bile dans le cholédoque. D'après l'auteur, de simples massages abdominaux arrivent à faire disparaître ces douleurs et il cite trois cas où les massages abdominaux ont fait disparaître ces fausses coliques.

Autres causes des douleurs : Chauffard (thèse de Flandin) incrimine le pigment biliaire fabriqué en excès par le foie. L'élimination de la boue biliaire, jointe à une infection légère des voies biliaires, serait la cause des douleurs.

Enfin on doit signaler la crise douloureuse qui résulte des poussées inflammatoires de péritonite sous-hépatiques, où la douleur est due, comme l'a bien montré R. Tripier et l'Ecole Lyonnaise, à l'irritation péritonéale. Dans ces cas, les accidents n'ont jamais la brusquerie d'apparition et de cessation qui caractérise la vraie colique hépatique. La douleur met un certain temps à apparaître, plusieurs heures, quelquefois un ou deux jours, et surtout elle ne disparaît que lentement.

Origine des adhérences : Il s'agit d'adhérences anciennes qui se sont reproduites (en s'exagérant le plus souvent) ou d'adhérences nouvelles déterminées par l'opération. On peut se demander s'il s'agit d'un processus péritonéal évoluant isolément, ou s'il ne

s'agit pas, au contraire, d'une réaction péritonéale témoignant d'une lésion viscérale de voisinage.

Dans la première hypothèse ce serait un processus analogue à celui des adhérences qui apparaissent après l'opération de l'appendicite.

Deuxième hypothèse : Petit-Dûtaillis se basé pour l'établir sur un malade que la cholécystectomie avait soulagé ; un an plus tard, le malade se plaint de brûlures d'estomac sans horaire fixe et de troubles douloureux vagues dans l'hypocondre droit (surtout après l'ingestion de graisses et d'œufs). Après trois mois son état s'aggrave : douleurs continues dans l'hypocondre droit qui irradient vers le dos et la base du thorax du même côté. L'examen radiologique montre un retard net de l'évacuation gastrique ; il s'agit probablement d'un ulcus duodénal. L'auteur propose donc, au cours des cholécystectomies, d'examiner l'état du bulbe duodénal.

Causes des troubles diarrhéiques : Il est possible que l'ablation de la vésicule modifie plus ou moins les conditions de fonctionnement du tube digestif ; il se forme une néo-vésicule par dilatation du canal cholédoque. Le tubage duodénal donne de nouveau une bile B. L'action irritante de la bile continuellement déversée dans le duodénum peut expliquer la diarrhée opiniâtre. Elle peut aussi être expliquée par un réflexe produit par le passage du bol alimentaire dans l'estomac et le duodénum. Ce réflexe agissant sur la motricité intestinale produit de violentes ondes péristaltiques qui se généralisent et ont pour résultat

l'évacuation prématurée de l'intestin sous forme de diarrhée.

Rapport de la cholécystite avec les troubles dyspeptiques : Troubles gastro-intestinaux, épigastralgie, pesanteur stomacale, etc... Ces troubles dyspeptiques sont considérés par certains auteurs comme névropathiques.

La cause fréquente de la sténose pylorique est la compression du pylore par la vésicule biliaire dilatée. L'infection vésiculaire peut se propager au pylore, et alors la paroi pylorique enflammée se sténose. Les adhérences consécutives à la péricholécystite créent des soudures du pylore ou de l'intestin à la vésicule. Il peut encore s'agir d'une lésion par propagation directe de l'infection.

La vésicule infectée est en contact avec l'intestin et l'infection se propage de la paroi de la vésicule à la paroi intestinale. D'autre fois, il se forme des voiles membraneux qui unissent la vésicule à la paroi d'une part et vont d'autre part recouvrir le côlon ascendant et l'angle colique droit.

Il est des cas au contraire où l'on ne trouve ni adhérences ni périvésiculite. Les troubles digestifs (douleurs, vomissements, constipation) disparaissent après la cholécystectomie. Dans ces cas on peut accuser surtout l'infection biliaire. Celle-ci agirait sur le tractus digestif par l'écoulement de la bile septique. Ce serait par l'intermédiaire de la circulation et de l'innervation qu'elle altérerait le fonctionnement gastro-intestinal (Cotte et Bressot). Ces chirurgiens incriminent aussi la congestion hépatique qui entraînerait une certaine

stase dans le domaine de la veine porte. On voit parfois le foie augmenté de volume, douloureux, et plus rarement la rate. D'autres fois, l'infection agit sur les terminaisons du plexus solaire. L'irritation des filets moteurs et sensitifs produit alors les troubles les plus divers.

Ces troubles (sténose du pylore, adhérences de l'intestin, irritation du plexus solaire, etc...) peuvent persister après la cholécystectomie et ceci nous expliquera les récurrences douloureuses et digestives post-opératoires.

Rapports des troubles post-opératoires avec la nature du contenu de la vésicule : C'est ainsi qu'il est fréquent de constater ces troubles quand de la boue ou du sable biliaire se trouve dans la vésicule. En pareil cas la voie principale en contient aussi. Il est fréquent de constater des troubles après l'opération quand la vésicule contenait des calculs multiples et petits. Ici un certain degré de cholédocite a dû s'établir par suite du passage répété des calculs au cours des crises de coliques hépatiques. Ces facteurs expliquent dans une certaine mesure ces retours douloureux.

La persistance de cette inflammation chronique serait d'ailleurs entretenue, outre le microbisme local, par toutes les causes d'auto-intoxication d'origine digestive. L'absence de régime est souvent notée chez ces malades, de même que la persistance de la constipation. Enfin la ptose gastrique, fréquente chez ces malades, favorise la persistance de cette cholédocite en exposant quelque peu ces sujets à la stase biliaire

par les coudures qu'elle peut déterminer au niveau de la voie principale dilatée et par l'atonie générale des viscères qui l'accompagnent. Quant aux crises douloureuses, il s'agit d'après Chauffard de fausses coliques hépatiques. Au point de vue clinique, c'est bien un état léger qui tend à rester tel ou à s'améliorer un peu. Pour certains malades l'infection paraît intervenir, pour les autres la brusquerie d'apparition des douleurs permet de supposer un spasme.

Zander (nervo-motilité de Westphal), se basant sur certains malades dont le diagnostic était lithiasé biliaire et chez qui, à l'opération, on n'a pas trouvé de calculs mais seulement une vésicule dilatée, prétend que ces douleurs étaient dues à une crampe du sphincter d'Oddi, causée par un « *ulcus duodeni* ». Ces crampes peuvent par conséquent se produire après cholécystectomie et donner des troubles douloureux.

La névrite périphérique et centrale et l'état psychique du malade peuvent occasionner ces troubles. En plus ce sont des sujets dont le système nerveux est hyperexcité (« *vasomotrische* » des Allemands) et dont les petites stases biliaires peuvent donner l'impression de vraie lithiasé calculeuse.

CHAPITRE VIII

Données pratiques

a) AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

Il n'y a pas lieu de rappeler ici les résultats heureux de la cholécystectomie, donnant une guérison complète. Elle a donné de bons résultats éloignés dans 91,2 % (Hartmann), exception faite des troubles légers. C'est un progrès de la chirurgie moderne. Mais il faut encore, avec tous les moyens médicaux et chirurgicaux, s'efforcer de réduire les troubles légers et graves et surtout les vraies récidives et les oublis de calculs pour éviter une réintervention.

Eviter les troubles légers et graves :

1° Diminuer le nombre des éviscérations et des adhérences ; se passer du tamponnement à la Kehr qui est un facteur de complication de premier ordre ;

2° La suture de la paroi en plusieurs plans ;

3° Vérifier l'état de l'estomac et du duodénum. Penser à la coïncidence possible d'un ulcus duodénal et d'une cholécystite. Profiter de l'intervention pour

explorer les autres organes, surtout l'appendice (ablation systématique). La lésion de cet organe coïncidant avec la lithiasé est en effet assez fréquente.

Est-il possible d'éviter l'apparition d'un calcul secondaire ? C'est un problème assez difficile. La cholécystectomie rétrograde est plus anatomique. C'est aussi une voie plus sûre que l'ancien procédé. En outre, elle a un autre grand avantage: c'est elle qui permet le mieux d'éviter la chute d'un calcul du cystique dans le cholédoque au cours des manœuvres opératoires, car ici la ligature du cystique est le premier acte important de l'extirpation. Quand le foie est vraiment abaissé, compléter l'opération par hépatopexie, d'après Halberstadt.

Dans tous les cas, opérer le plus tôt possible alors que le sujet a un bon état général et que les lésions sont localisées. C'est alors que l'intervention donne les meilleurs résultats et qu'on a moins de chances de récidives.

Enfin, le traitement médical et le régime sont des facteurs importants pour éviter les séquelles post-opératoires.

b) IMPORTANCE DU TRAITEMENT MÉDICAL APRÈS LA CHOLÉCYSTECTOMIE.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'une collaboration médico-chirurgicale avant comme après l'opération. En effet certains troubles paraissent être dus à une absence de soins médicaux post-opératoires. Tous les auteurs l'admettent. « Après l'opération, continuer le traitement diététique que nécessite l'état

général du malade, état que la chirurgie, réduite à ses propres ressources, est évidemment impuissante à modifier » (Lecène).

Hartmann s'exprime ainsi: « Poursuivre un régime strict et un traitement médical après la cholécystectomie, supprimer, grâce à un régime strict, les auto-intoxications d'origine digestive, agir dans le même but contre la constipation, qui est plus ou moins tenace, combattre la stase et l'infection canaliculaire par les cholagogues et les antiseptiques biliaires ».

Voilà un cholécystectomisé qui sort de l'hôpital au bout de 10 à 20 jours. Il est satisfait et persuadé que sa maladie est partie avec sa vésicule ; il dit : « J'ai assez suivi de régimes », et il fait un repas copieux. Conséquences : troubles gastriques et douloureux. Il est nécessaire de persuader au malade qu'il doit continuer un traitement approprié pour désintoxiquer l'organisme et activer les fonctions cellulaires. Le cholécystectomisé est pareil à un malade qu'on a thyroïdectomisé, vu que leur maladie locale correspond à une altération générale de l'organisme (André Bengola). C'est le rôle du médecin et du chirurgien d'en instruire les malades.

Traitement : Repos, médication calmante, alcaline et légèrement cholagogue, peptone et antiseptiques biliaires (urotropine, salicylate de soude, etc...). Régime alimentaire : pas de graisses, fritures, charcuterie, épices, sauces piquantes, salades, cervelle, foie, œufs et surtout défendre les aliments riches en cholestérine.

D'après Loeper : les malades doivent manger fré-

quement et peu à la fois, de façon à ne pas distendre brutalement l'estomac qui est petit, rétracté ou irritable. Ils doivent manger lentement, bien mâcher, éviter les substances irritantes. Ils doivent boire peu à leur repas, pour ne pas augmenter la masse alimentaire et les tiraillements gastriques. Révulsifs sur le foie et sur l'estomac. Une cuillerée à dessert d'eau de chaux cocaïnée à 2 %. Combattre le spasme par les antispasmodiques.

Traitement avec valériane, belladone et jusquiame avant les repas. Le mésothorium à la dose de un microc., par série de piqûres de 10, est très efficace dans les névrites.

Gutermann recommande la bile desséchée, qui supprime le spasme du sphincter d'Oddi. Le drainage biliaire par le sulfate de Mg injecté par la sonde duodénale répond au même but. On combattra le staphylocoque dans tous ces repaires. On calmera le système nerveux par physiothérapie (diathermie). Enfin on complètera cette thérapeutique par une ou plusieurs cures hydro-minérales à Vichy ou à Carlsbad.

Conclusions

Nous nous sommes proposé d'étudier les divers troubles observés après la cholécystectomie.

I. — La différence des statistiques des résultats post-opératoires tient à plusieurs facteurs :

- a) Différence de technique opératoire.
- b) Différence de la date de l'examen post-opératoire qui peut être plus ou moins tardif.
- c) Etat du malade et des lésions avant l'opération.

II. — Certains troubles post-opératoires tiennent à l'oubli involontaire de calculs, oubli favorisé par le grand nombre, la petitesse, la fragilité avec désagrégation, la situation anormale de ces calculs.

III. — Sous le nom de troubles post-opératoires nous rangeons deux ordres de faits :

1° Troubles légers passagers, sous forme de phénomènes digestifs et douloureux, isolés ou simultanés. Ils disparaissent au bout d'un certain temps par le régime et les soins médicaux.

2° Troubles plus graves chroniques :

- a) Phénomènes digestifs et douloureux dus aux

adhérences (2 à 5 % des cas), à la péritonite sous-hépatique et la péricholécystite.

b) Troubles digestifs et douloureux dus à l'irritation des terminaisons du plexus solaire.

c) Troubles gastro-intestinaux réflexes ou bien dus au spasme du sphincter d'Oddi.

d) Pancréatite chronique d'origine lithiasique.

e) Angiocholite persistante.

Parmi ces troubles, les uns sont des séquelles véritables (adhérences post-opératoires et troubles dus à la dilatation du cholédoque), les autres sont des manifestations éloignées de la lithiasie survenant après l'opération.

IV. — Les récidives vraies sont rares. Elles sont dues :

a) à la néoformation intracholédocienne et peut-être intrahépatique de calculs avec crises de coliques hépatiques vraies ;

b) ou à des poussées inflammatoires cholédociennes (cholédocite).

V. — Fausses récidives : On considère souvent comme une séquelle opératoire des phénomènes douloureux d'origine toute différente, survenant chez les cholécystectomisés (appendicite, annexite, etc...).

VI. — La cholécystectomie ne détermine aucun trouble sérieux, malgré la dilatation des voies biliaires, spécialement du cholédoque.

VII. — La pathogénie des petits troubles digestifs est encore mal élucidée. On peut invoquer la stase

plus ou moins grande de la bile dans les canaux biliaires et la dilatation consécutive.

La pathogénie des troubles graves apparaît plus nette : grosse distension biliaire, spasme du sphincter d'Oddi, réaction inflammatoire du péritoine, péricholécystite, irritation du plexus solaire.

Il faut tenir compte enfin du psychisme du malade, qui peut être influencé par la stase biliaire.

VIII. — La cholécystectomie est une des plus remarquables acquisitions de la chirurgie moderne.

Le succès dépend de l'intime collaboration médico-chirurgicale pré et post-opératoire. Continuer le régime classique, combattre la stase et l'infection canaliculaire par les cholagogues et les antiseptiques biliaires, assurer la sédation des phénomènes spasmodiques, lutter contre les réactions péritonéales, et la douleur par la physiothérapie. Continuer enfin le traitement médical et hydro-minéral de la diathèse lithiasique.

Telles sont les indications majeures qui assureront des résultats éloignés bienfaisants à la cholécystectomie.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
LE DOYEN,	SAVY.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 9 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ACHIPSE. — Les suites immédiates de la cholécystectomie. *Bull. méd. de Québec*, 1925, XXVI, p. 59-69.
- AKANA, GUÉLEY et FARR. — Referend pain in gall baldder diseases. *Amér. J. Of. Med. Sciences*. Janvier 1927, p. 23.
- ALDOR. — Recurrence of pain after gallstone operations. *Klin. Woch.* 2 avril 1929, p. 653.
- ARNSPERGER. — Daurefolge un rezidive nach gallenstein-operationen. *Münch Med. Woch.* 1902 et *M. Med. W.* 1912, LIX, p. 6-8.
- Pathogénie de la pancréatite dans la lit. biliaire. *Münch Med. Woch.* 4 avril 1911.
- BACHRACH. — Ueber die Resultate des Operationen der gallen Wegen. *Mediz. Klin. W.* 1908, N° 29, p. 633.
- BACHY. — De la cholécystéctomie dans la lit. ves. Indic. et résultats. *Thèse*, Paris, 1912-13.
- Valeur et résultats de la cholécystectomie. *Mouvem. méd.* I, N° 9, p. 415.
- BARLING (G.). — Note sur une série de cent opér. pour calc. bil. en clientèle avec remarques partic. sur les récidives. *Brit. Journal of surgery*, octobre 1921.
- BLASS. — Sur le traitement des pseudo récidives après la cholécystectomie. *Wiener Klin. Woch.* N° 41, octobre 1928.
- BENGOLA (A.). — Trait. chirur. de la lithiase. *Arch. des mal. de l'ap. digestif*, 1927, p. 1081, et ses complications, p. 1088.
- BOWERS. — Gall bladder surgery with an analysis of the results. *Ohio Med.*, 1919, p. 696.

(1) Nous donnons surtout dans notre bibliographie les publications récentes. Pour les références plus anciennes, consulter les thèses de Bachy, Cotte, D.-P. Dutailis, Duclos J., etc...

- BREWER (G. E.). — Recidive de lithiasse du cholédoque ou de l'hépatique après cholécystectomie. *Arch. of surg.*, 1921, t. II, N° 1, p. 145.
- BUCHAN. — End resul. of a serie of 300 oper. on the gall-blader. *Tr. Am. surg. Ass. Phil.*, 1915, XXXIII, 316-332, id. *Surg. gyn. obs. Chicago*, 1915, XXI, 499.
- CASTAIGNE. — Persistance des crises douloureuses après les inter. chirurgicales pour cholécystite calc. *Journ. Méd. Franç.*, Paris, 1914, VII, 160-164.
- CHAUFFARD (A.). — Leçons sur la lit. bil. Masson, Paris, 1914, 8°.
- CHIRAY et PAVEL (J.). — La vésicule biliaire, Masson, Paris, 1927.
- COTTE. — Résultats immédiats et éloignés de l'inter. chir. dans la lithiasse biliaire. *Lyon Médical*, 1905, p. 852.
- La lithiasse biliaire et de ses complications. *Thèse*, Lyon, 1908.
- DAHL IVERSEN. — Statistique de cholécystectomie. *Lyon chirurgical*, 1926, p. 750.
- PETIT-DUTAILLIS (D.). — Etude des suites éloignées de la cholécystect. pour cholécystite. *Thèse*, Paris, 1922.
- DAVIS. — End results in gall blader surg. *Surg. gyn. and obst.*, 1912, p. 27.
- DEAVER (J. B.). — Recur. of sympt. after operations for gallston disease Illinois. *M. J. Chicago*, 1916, XXIX, 419-26.
- Operat. und reoperat. for gallstone disease. *Jour. of the American Med. Ass.*, 17 avril 1920.
- DELORE et COTTE. — Remarques sur l'excrétion de la bile à l'état normal et après la cholécystectomie. *Rev. de Chir.*, Paris, 1911, XLIV, 33-47.
- DREESMANN. — Ueber rezidive nach gallenstein operation. *Med. Klinik*, 1924, p. 1163.
- DUCLOS (Jean). — Voie biliaire, intervention. *Thèse*, Lyon, 1925-26.
- FHRHARDT. — Zur Actiologie der recidive und. Pseudorec. nach gallenst. oper. *Deut. Med. Woch.* 1907.
- ENGELMANN. — Die chirurg. Behand. der gallensteink. und ihre Resultäte. *Thèse* de Berlin.

- FINK. — Meine Erfahrungen und Resultate mit der oper. Behandlung gallensteinleidens. *Wien. Med. Woch.* 1908, t. LVIII, N° 51.
- FINNEY (J. M. T.). — A study of some of the unsatisfactory results following operations upon the bil. tract. *Canada Lan. Toronto*, 1913-14, XLVII, p. 892.
- FLÖRKEN. — Das Fadenrecidiv nach gallenstein operationen. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1908, t. XCII, f. 3, p. 413.
- FLÖRKEN (H.). — Die choledochoduodenostomie als ersatz der kehrschen Hepaticus drainage. *Münch. Med. Wochen.* 1922.
- Die ruckfalle nach gallensteinoperationen. *Münch. Med. Woch.* 1923, p. 498.
- FLÖRKEN und STEDEN (E.). — Die Nah und Fernergebnisse der choledochoduodenostomie. *Mittel. Chir. ver. Sitzung von*, 6 Januar 1923.
- GOSSET. — De la cholécystectomie de la lithiasé et les infections biliaires. Technique et résultats. *J. de Chir.*, t. VII, p. 11.
- GRAFF und WEINERT (A.). — Warum bleiben nach extirpation der gallenblase so häufige Beschwerden zurück. *Beitr. Z. Klin. Chir. Tübing.* 1914, XVII, 339-358.
- GRIFFEN. — End results in gall bladder surgery. *Atlant. J. Rec. Med.* 1913, p. 237.
- GUIRE (M.). — Two hundrend fiftu operations on the gall bladder und ducts. *Surg. gynec. et obst.*, Chicago, 1920, XXXI, 617-621.
- GUNDERMANN (W.). — A propos des récidives après cholécystectomie et des résultats de leur traitement. *Mitteilungen aus den grenzg. med. und chir.*, t. 41 fasc. I, 1928, p. 107.
- GUTMAN. — *La Médecine*, 1929, N° 10.
- HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS. — Les suites éloignées de la cholécystectomie. *Journ. de Chirurg.*, 1922, t. XX, p. 349.
- HARTMANN. — Résultats des opérations sur les voies biliaires, in *Travaux de chirurgie*; 5° ser. Chirurgie des voies biliaires, p. 297, 1923. Masson, éditeur.

- HERNETTE (J.). — Sur les résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. *Thèse*, Paris, 1907.
- HOLLENBACH. — Les soi-disant pseudo-récidives à la suite de la cholécystectomie et leur traitement par la cholédocoduodénostomie. *Deut. Zeitsch. f. Chirurg.*, t. 215, f. 6, avril 1929.
- HUECK. — Les récidives de coliques après la cholécystectomie. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. CXLVI, f. I, 20 mai 1927, p. 225.
- JACOBSON. — Gallbladder disease A statistical study. *Arch. of surgery*, Chicagò, 1921, 310-335.
- JUDD. — The recurrence of symptoms following operations on the biliary tract. *Annals of surgery*, t. 67, 1918, p. 473.
- KEHR. — Rückblick auf 2000 operation a dem gallenwegen verhandl. du *Deutsche gesellschaft für chirurgie Bere.* 1913, XIII, I Teil, 273-288.
- Wie können wir Rezidive nach gallenstein operationen vermeiden und einschränken. *München. Med. Wochenschrift*, 1911.
- KÖRTE. — Weiterer Erfahrungen über oper. an den gallenwegen. *Arch. f. Klin. Chir.* 1909, t. LXXXIV, p. 692.
- LAPINSKY. — Symptomes nerveux causés par les affections de la vésicule biliaire. *Münch. Med. Woch.* N° 72, p. 1560, 1925.
- LECÈNE. — Ce que nous a appris la chirurgie de la vésic. bil. *Journal Médic. Français*, 1914, p. 1165.
- LEJARS. — Des résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans la cholécystite calcul. *XIII^e Congrès français de chirurgie*, 1899, p. 436.
- LEOPOLD. — Postoperative biliary troubles. *Med. Welt*, 7 juil. 1928, p. 1025.
- LIEK. — Rückfälle nach gallenstein operationen. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 1921, t. 196, p. 106.
- Misserfolge nach gallenstein operationen. *Arch. f. Klin. Chir.* 1924, t. CXXVIII.
- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive. Masson, Paris, 1919 (4^e série) et 1922 (5^e série).

- MAC CLURE. — Les complications post-opératoires de la cholécystectomie. *Annals of surgery*, vol. 90, N° 2, août 1929.
- MAIER. — Die rezidivblase nach cholécystectomie. *Wiener Med. Woch.* 1924, p. 2090.
- MALHIEN. — The sequelae of operations for gallstone. *Med. Press.* Londres, 1925, p. 233.
- MATHIEU. — Les suites éloignées des opérations pour lithiase biliaire. *Paris Médical*, 20 mai 1922.
- MENOCAL. — Resultados lejanos del tratamiento quirurgico de la lithiase biliar. *Rev. med.*, Cubana, 1925, p. 116.
- MINTZ. — Über rezidive nach operationen Behandlung von gallenstein. *Arch. f. Verdauungskranke*, t. XVI, p. 49.
- ORTH. — Unchte rezidive nach gallensteinoperationen. *Zentralbl. f. Chir.* 1923, 671.
- PINNER (H.). — Ueber Dauerheilungen und Rezidive nach gallenstein operationen. Heidelberg, 1912.
- POPPERT. — Ueber die Bedeutung der infectiosen cholangi-vites für die Entstehung der Schmerzrezidive nach der gallensteinop. *Zentralbl. f. Chir.* 1921, p. 671.
- ROBIANI. — Etude des suites post-opératoires chez les cholécystectomisés pour cholécystite caluculeuse. *Bolet. del Instituto de Clinica chirurgic.* Buenos-Aires, an IV, n. 33, 1928.
- ROMANO REY. — Le drainage médical dans la récidence des symptômes chez les cholécystectomisés. *Cronica médica, Mexicana*, t. 27, n. 9, 1 septembre 1928.
- ROSENAK. — Recurrence of pain after operat for biliary tract calculi. *Gyogyaszat*, 17 mars 1929, p. 203.
- ROWLANDE. — Recurrence of symptoms after removal of gall stone from the gall bladder. *Brit. Med. Journ.*, 1922, p. 541.
- RIGBY. — A review of forty-six consecutive operated upon t. cholecystitis. *Practitioner*, t. LXXXI, 830.
- STANTON. — A study of the results in 100 gallstone cases treated by cholecystectomy. *J. of Surg.* 1924, p. 387.
- STEDEN. — Ueber Rezidivschmerzen nach cholecystectomy. *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, t. 186, 1924, p. 59.
- TREPLIN. — Zur actiologie und therapie der pseudo-recidive nach gallensteinop. *Beitrag zur Klin. Chir.* 1922, p. 108.

- URBANI. — Recurrence of biliary colic. *Policlinico sez prat.* 3 septembre 1928, p. 1675.
- WALZEL. — So called recurrences after biliary tract calculi oper. *Wien. Klin. Woch.* 25 août 1927, p. 1083.
- WAKZBYRG. — Formation d'un calcul bil. dans le moignon du canal cystique. *Medizinische Klinik.* n. 5, 1 févr. 1929.
- WILENSKY et ROTSCCHILD (M. E.). — Studies in cholelithiasis the immediate effect of the var. types of operations upon the cholesterinemia. *Am. J. M. Sc*, Phila., 191°, CLVI, 564-574.
- ZANDER. — Au sujet de la lith. de la vesic. et des récidives de colique hépatique. *Münch. Med. Woch.*, 1923, p. 1173.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — <i>Introduction</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Statistique des résultats post-opératoires</i>	15
CHAPITRE III. — <i>Oubli de calculs</i>	21
CHAPITRE IV. — <i>Troubles post-opératoires</i>	23
1° Forme légère passagère (petits troubles).....	23
2° Forme plus grave chronique (troubles graves)....	25
A. — a) Troubles digestifs en rapport avec les adhérences	25
b) Troubles digestifs et douleurs dus à l'irritation des terminaisons du plexus solaire	28
c) Troubles réflexes portant sur les voies digestives et le sphincter d'Oddi.....	29
d) Troubles dus à la pancréatite.....	31
e) Troubles dus à l'angiocholite.....	33
B. — Douleur	33
C. — Ictère après cholécystectomie.....	34
CHAPITRE V. — <i>Récidives vraies</i>	37
CHAPITRE VI. — <i>Faussees récidives</i>	41

CHAPITRE VII. — <i>Pathogénie des troubles posi-opé- toires</i>	43
a) Modifications anatomiques et physiologiques. Ex- périence de Rost.....	43
b) Pathogénie des troubles légers passagers.....	45
c) Pathogénie des troubles graves chroniques.....	46
CHAPITRE VIII. — <i>Données pratiques</i>	53
a) Au point de vue chirurgical.. ..	53
b) Au point de vue médical.....	54
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	61

